

**P R O O RDI N A T I O NE A n f o r d e r u n g**

**v o n V e r b a n d m a t e r i a l**

**Facharzt/ärztin für Kinder und Jugendheilkunde**

Bitte die benötigte Stückzahl im stark umrandeten Feld **gut lesbar** anführen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Artikel** | **Größe** | **Best.****Menge** | **Bew.****Menge** | **Artikel** | **Größe** | **Best.****Menge** | **Bew.****Menge** |
| **Pflaster** hypoallergen 5 mDERMAPLAST sensitive | 4 cm |  |  | **Mullbinden** unelastisch 4 mHARTMANN lose1 OP = 20 Stk. | 6 cm |  |  |
| 6 cm |  |  | 8 cm |  |  |
| 8 cm |  |  | 10 cm |  |  |
| **Pflaster** standard 5 mDERMAPLAST classic | 4 cm |  |  | 12 cm |  |  |
| 6 cm |  |  | **Schlauchverband** Zehe, 15 m**ohne Kompression** Hand, 20 mSTÜLPA Fuß, 15 mSchenkel, 15 m | 2,5 cm |  |  |
| 8 cm |  |  | 3 cm |  |  |
| **Injektionspflaster**DERMAPLAST 1 OP = 250 Stk. | 16 x40 mm |  |  | 8 cm |  |  |
| 12 cm |  |  |
| **Folienpflaster** 9,1 mTRANSPORE1 OP = 1 Stk. | 1,25 cm |  |  | **Hochelastischer** Finger**Netzschlauchverband** Hand/FußSTÜLPA FIX Bein/KinderkopfLänge 25 m Rumpf | Gr. 1 |  |  |
| 2,5 cm |  |  | Gr. 2 |  |  |
| 5 cm |  |  | Gr. 3 |  |  |
| **Heftpflaster** standard 5 mOMNIPLAST1 OP = 1 Stk. | 1,25 cm |  |  | Gr. 5 |  |  |
| 2,5 cm |  |  | **Tamponadebinde** mit Jodoform 5 mOPRACLAIN1 OP = 1 Stk. | 1 cm |  |  |
| 5 cm |  |  | 2 cm |  |  |
| **Fixierpflaster aus Vlies** 9,1 mMICROPORE1 OP = 1 Stk. | 1,25 cm |  |  | 5 cm |  |  |
| 2,5 cm |  |  | **Tamponadebinde** ohne Jodoform 5 mGAZIN steril1 OP = 1 Stk. | 1 cm |  |  |
| 5 cm |  |  | 2 cm |  |  |
| **Wundnahtstreifen** 1 OP = 150 Stk.OMNISTRIP (Größe im mm)1 OP = 300 Stk. | 6x76 |  |  | 5 cm |  |  |
| 12x101 |  |  | **Elastische Universalbinden** 5 mIDEALFLEX universal1 OP = 10 Stk. | 6 cm |  |  |
| **Folienverband** 10 mHYDROFILM roll (max. 2 OP) | 10 cm |  |  | 8 cm |  |  |
| 10 cm |  |  |
| **Sterilverpackter Wundverband** 50 Stk.COSMOPOR steril 25 Stk.25 Stk.(Größe in cm) 25 Stk.25 Stk. | 5 x 7,2 |  |  | 12 cm |  |  |
| 8 x 10 |  |  | **Elastische Binden - Langzug** 5 mDURELASTIC1 OP = 10 Stk. | 5 cm |  |  |
| 8 x 15 |  |  | 7,5 cm |  |  |
| 10 x 20 |  |  | 10 cm |  |  |
| 10 x 35 |  |  | 15 cm |  |  |
| **Momentverband** Gr. KVERBANDPÄCKCHEN Gr. M(Größe in cm) Gr. G | 6x8 |  |  | **Tapeverband** OMNITAPE 10 m | 3,75 cm |  |  |
| 8x10 |  |  | **Holzspateln** 1 OP = 100 Stk. |  |  |  |
| 10x10 |  |  | **Latex Fingerlinge**1 OP = 100 Stk. | Gr. 3 |  |  |
| **Zellstoff-Vlies-Kompressen** unsteril STEPCEL unsteril 1 OP = 100 Stk.(Größe in cm) | 5x5,6 |  |  | Gr. 4 |  |  |
| 5x9 |  |  | Gr. 5 |  |  |
| 7,5x11 |  |  | **Fingerschiene** Fischi 30 cm DrahtProf. Böhler Kinderfischi 20 cm Draht | 2x30 cm |  |  |
| **Mulltupfer** steril – BW1 OP = 100 Stk. | 6x6 cm |  |  | 2x20 cm |  |  |
| 8x8 cm |  |  |  |  |  |  |
| 10x10cm |  |  |  |  |  |  |
| 12x12cm |  |  |  |  |  |  |
| **Zellstoff-Vlies-Kompressen steril**STEPCEL steril 1 OP = 1 Stk. | 15x1cm |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Metallisierte Verbandstoffe** steril1 OP = 10 Stk.METALLINE (Größe in cm) | 10x8 |  |  |  |  |  |  |
| 12x10 |  |  |  |  |  |  |
| **Salbenkompressen** 1 OP = 10 Stk.GRASSOLIND (Größe in cm) | 10x10 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Stieltupfer** unsteril 1 OP = 1000 Stk.1 OP = 50 Stk. | klein |  |  |  |  |  |  |
| groß |  |  |  |  |  |  |
| **PUR-Zellin/Zellstofftupfer** 1 OP = 1 Rolle | 4x5 cm |  |  |  |  |  |  |
| **Verbandzellstoff Pehazell** ungebleicht | 5 kg |  |  |  |  |  |  |
| **Verbandwatte** HARTMANN Watte1 OP = 1 Stk. | 100 g |  |  |  |  |  |  |
| 400 g |  |  |  |  |  |  |
| **Elastische Fixierbinden** m. Hafteffekt 20 m PEHA-HAFT | 6 cm |  |  |  |  |  |  |
| 8 cm |  |  |  |  |  |  |
| 10 cm |  |  |  |  |  |  |
| **Mullbinden** elastisch 4 mPEHA-CREPP E lose1 OP = 20 Stk. | 6 cm |  |  |  |  |  |  |
| 8 cm |  |  |  |  |  |  |
| 10 cm |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

14-ÖGK-VP-I F. 118g 21.12.2023



**2fach senden an:**

**ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSKASSE Versorgungsmanagement I**

**Garnisonstraße 1b, Postfach 306 4021 Linz**

**Vertragspartnerservice** pro.ordinatione@oegk.at www.gesundheitskasse.at

Tel. +43 5 0766-14104816

**P R O O RDI N A T I O NE A n f o r d e r u n g**

**v o n V e r b a n d m a t e r i a l**

Quartal: \_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_\_\_\_

Ordinationsfreier Tag: Urlaub:

*......................................................................................................*

Datum, Vertragsarztstempel und Unterschrift

Genehmigung der ÖGK: Bestellung ergangen an Firma: